Box 1322

Auber (P. A.) To the Smithsonian's Institution
with respects
of the author

FACULTAD DE MEDICINA

DE LA HABANA.

EXISTENCIA DE LA FIEBRE TIFOIDEA

EN LA

ISLA DE CUBA.

MEMORIA PARA EL DOCTORADO, LEIDA Y SOSTENIDA EL DIA
30 DE JUNIO DE 1868

POR

PEDRO ALEJANDRO AUBER.



HABANA.
IMPRENTA DEL GOBIERNO Y CAPITANIA GENERAL POR S. M.
CALLE DEL TENIENTE-REY NÚM, 23.
1868.

A MIS PADRES

y Profesores.

¿EXISTE LA FIEBRE TIFOIDEA EN LA ISLA DE CUBA?

"Cada pais tiene sus enfermedades, como posée tambien su fauna y su flora; las enfermedades, como las plantas, tienen sus puntos de eleccion, sus estaciones, sus límites geográficos" [Boudin]

Partiendo de esta idea, cuyo grado de certeza examinaremos mas tarde, se ha tratado de establecer una Geografia médica racional, cuyas bases se apoyan en las consideraciones que ya hemos espresado. Los datos recogidos para la solucion del problema son bastante positivos pero desgraciadamente no poséen la infalibílidad que le conceden hombres como Boudin que ha sido siempre uno de sus mas fanáticos partidarios.

Las enfermedades no deben ser consideradas como seres materiales análogos á los vegetales y á los animales, y susceptibles al par de aquellos, de ser acinados en territorios limitados, cuyos confines les está vedado traspasar. No solo pueden recorrer á su antojo los paises de condiciones climatológicas mas diferentes, sino que además, así como cada dia que pasa puede inscribir en sus anales el descubrimiento de un nuevo ser organizado, diariamente tambien va disminuyendo el número de estados patológicos que con nombres mas ó menos chocantes y estraños reinan en determinadas comarcas. Merced á los extraordinarios progresos que hacen las ciencias médicas, todas estas afecciones, que existen en naciones muy poco conocidas todavia, van desapareciendo del cuadro nosológico donde estaban colocadas como especies esenciales para ser incluidas en las que tan bien conocemos actualmente y cuyos nombres son ya tan familiares para el práctico. Estas reformas nosográficas no datan de épocas muy remotas y no hace muchos años existian aun en la vieja Europa numero-

sas afecciones, inperfectamente estudiadas, apenas conocidas y acerca de las cuales vacilaban las imperfectas convicciones de los médicos contemporáneos. Un ejemplo convicente de ello tenemos en la enfermedad que debemos estudiar en esta disertacion: la fiebre tifoidea. Antes de los admirables trabajos de Bretonneau acerca de la dotienenteria, cuantas y cuantas fiebres esenciales, como la nerviosa, la atáxica, la mucosa etc., vagaban por el campo de la Patologia, ramas distintas de un solo árbol que el gran clínico de Tours tuvo la fortuna de descubrir ¿Quién ha olvidado las catorce clases de tísis de Morton, las veinte de Sauvages, las catorce de Portal, manifestaciones diversas unas, afecciones diferentes otras del estado patológico que creó el inmortal Laennec, y que conocido con el nombre de Tuberculosis es hoy uno de los más rudos azotes de la humanidad?

Imponer límites fijos á las enfermedades y decirles como el rey Canuto á las olas del mar "De ahí no pasareis" es una utopia, y como tal irrealizable. Un solo grupo nosológico se rebela contra este axioma y es el que comprende las enfermedades parasitarias. Pero aquí la excepcion confirma la regla lejos de destruirla, pues están caracterizadas por la superposicion de un organismo á otro y facilmente se comprende que los vampiros casi microscópicos que las originan deben hallarse sometidos á las leyes que rigen al reino animal. ¿Cómo pudiera resistir, por ejemplo, el dragoncillo de Guinea, acostumbrado á recibir los besos del ardiente sol que baña los arenales líbicos, el cierzo helado de la Escandinavia ó de la Escocia?

Loables son los esfuerzos de los institutores de la Geografiia médica racional, pero á veces sus errores son de mucha trascendencia, pues los prácticos de un pais adoptando las ideas de un Boudin, un Hirsch ó un Rochard, desconocen por completo una enfermedad que en Europa, por ejemplo, hubieran diagnosticado inmediatamente y con acierto.

Esto es lo que ha sucedido en la Isla de Cuba con respecto á la fiebre tifoidea. Boudin dijo en su obra (1) que el paludismo era antagonista de la tuberculósis y de la fiebre tifoidea, y los médicos de la Perla de las Antillas se apresu-

(1) Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques. Paris 1857.

raron á acatar este precepto y á incluir en otros estados patológicos los casos de la mencionada enfermedad que tenian ocasion de observar.

Nosotros, que hemos podido estudiarla varias veces tanto en el vivo como en el cadáver, vamos á demostrar, fundados en la climatologia, en la anatomia patológica y en la diagnosis, que en la Habana existe la dotienenteria como entidad mórbida esencial, contestando afirmativamente al tema que para nuestra tésis del Doctorado hemos elejido y que es el siguiente:

¿Se padece en la Isla de Cuba la fiebre tifoidea?

Antes de comenzar, haremos sin embargo una salvedad. El ileotifus es raro en esta Capital. El Dr. Zayas (comunicacion oral) solo lo ha observado en la clase proletaria, y aun así, en casos muy contados.

I.

No han sido los prácticos de la Isla de Cuba los únicos que han negado la existencia de la fiebre tifoidea en la indicada Antilla. Tambien en Europa algunos autores, entre ellos Boudin, aseguran que la dotienenteria no se padece en los paises cálidos. Vamos á demostrar que ni unos ni otros tienen absolutamente razon alguna en que apoyarse.

El descubrimiento de las líneas isotermas, verificado por el célebre Humboldt el año de 1817, ha hecho dar un gran paso á la Geografia médica.

Efectivamente los médicos que se ocupan de las cuestio-

nes de climatología se apresuraron á adoptarlas como límites divisorios de los diversos climas del globo, sobre todo despues que fueron mejor estudiadas por Kamtz en el año de 1831, y por Berghaus en el año de 1838. El trazado isotermo es la única base racional que existe para establecer una division tambien racional de los climas. Bien defectuosa es esta todavia, pero al menos supera extraordinariamente á la antigua que establecia un número casi arbitrario de zonas; así se veia que unos colocaban los confines de los paises templados al nivel del 50° otros del 55° y algunos, finalmente, los hacian llegar hasta el 60° ¿Cuáles son, dice Rochard (1) las consideraciones de higiene y patologia que pueden aplicarse á la vez al delta del Nilo y á los bordes del Sena, á Stockholmo y al Cairo, á Trípoli, á San Petersburgo? Adoptaremos, pues, la division que hace de los climas el mencionado autor, para ver si al hablar de los climas tórridos, no encontraremos algunos datos que puedan suministrar razones en favor de nuestra tésis.

Rochard admite cinco especies de climas que son:

2º Climas tórridos que se extienden desde el ecuador térmico á la línea isoterma 25°

2º Climas calientes, de la línea 25° á la de 15°

3º Los climas templados comprendidos en los 15° y 5°.

4º Los climas frios, entre 5° y—5°.

5º Los climas polares entre—5° y—15°.

No debiendo ocuparnos mas que de los climas tórridos solo haremos mencion de los paises donde ellos reinan. Las comarcas que recorren son las siguientes: en Africa, la Senegambia, la Guinea y el Congo, en la parte occidental; el Sahara, el Fezzan y el Soudan, en la central, y finalmente en la parte oriental del continente africano, dominan en la Nubia, la Abisinia, en los reinos de Azam, de Zanguebar y de Mozambique, en Madagascar y en las islas inmediatas.

En el Asia, al oeste, los paises tórridos son la Arabia, el Sur de la Persia y el Beloutchistan. En el grupo asiático central corresponde á los climas tórridos la comarca donde se

(1) Jacoud. Dictionaire de med. et. chir. prat. vol. VIII P. 48.

alzan orgullosas las crestas del Himalaya, esto es, el Hindostan, y finalmente en la parte oriental de la cuna de la humanidad se presentan el imperio Birman, el reino de Siam y el imperio de Annam.

En la Oceania, ocupan los climas tórridos las islas de la Sonda, Filipinas, Célebes etc., correspondientes á la Malesia y algunas otras de la Polinesia.

Finalmente en la América meridional se estienden por la Colombia, las Guayanas y el norte del Brasil y en la Setentrional reinan en Méjico, hallándose tambien en la América central y en las Antillas. [1]

Si estudiamos en particular cada uno de los lugares que hemos mencionado en nuestra larga peregrinacion ecuatorial, encontraremos en él los mismos caracteres meteorológicos que descuellan en los demas paises tórridos. "En todos ellos se observa una temperatura constantemente elevada, que se mantiene constantemente la misma tanto en el centro como en los límites de la zona y cuyas variaciones anuales, mensuales y diarias son casi imperceptibles. Poseen estaciones poco marcadas que no difieren entre sí sino por su mayor ó menor grado de sequedad y humedad; lluvias periódicas y torrenciales, vientos de direccion constante: un suelo vírgen, pantanos, bosques y desiértos; tales son los caracteres climatológicos de la zona tórrida. El calor, la humedad, las emanaciones palúdeas representan en ella el principal papel y en ella tambien desarrollan su máximun de intensidad. En ninguna parte los efectos están tan íntimamente ligados á sus causas; el carácter á la vez uniforme y escesivo de la meteorologia se encuentra tambien en el reino nosológico de esta zona, la única que se presta quizás sin esfuerzo al estudio de las generalidades." (2)

Larga, bien á nuestro pesar ha sido la digresion, pero nos escusa la importancia y la necesidad que teníamos de exponer, todo lo que anteriormente hemos dicho, para hacer comprender con claridad nuestras ideas. Efectivamente; así como las observaciones de una multitud de prácticos, principalmente del cuerpo médico naval, al demostrar la existencia del ileo-tifus en el Hindostan, en el Senegal y otros paises,

(1) Rochard, loc. cit.
(2) Rochard, ibid.

han destruido por la base las razones de Boudin y sus partidarios, nosotros, tambien, apoyados en la comparacion y en la deduccion vamos á servirnos de ellaspara demostrar la posibilidad de su existencia en Cuba.

En el Africa, la fiebre tifoidea, es rara. Se presenta en la costa occidental y sobre todo en la oriental, donde ofrece los mismos caractéres que en Francia [Rochard.]

En el Asia, se observa la fiebre tifoidea en el Hindostan, donde ha sido estudiada por Zevinming y Collas. En la provincia de Saigon (Cochinchina) localidad sumamente palúdea la fiebre tifoidea es comun á la inversa de lo que se observa en el resto de los paises de la zona tórrida. En 1862, hubo 62 casos, de los cuales sucumbieron 37. La marcha de la enfermedad es la misma que en Europa, predominando tal vez mas que en esta última los fenómenos cerebrales.

Al recorrer la Oceania, debemos detenernos en Otahiti, comprendida tambien en la zona tórrida. En este pais donde un cielo casi siempre inalterable y azul, una brisa suave que doblega las espigas de los campos de millo y maiz haciéndolas ondular como las olas del mar, donde todo en una palabra convida á gozar hasta el punto que, de haberla conocido, en ella hubiera colocado el Tasso sus famosos jardines de Armida, las fiebres contínuas son muy comunes y mas de un Reinaldo extrangero ha sucumbido, en la Reina del Pacífico, acometido por la fiebre tifoidea, que se encuentra en Otahiti tanto en los indígenas como en los europeos, reviste los mismos caracteres que en Europa y la terminacion funesta sobreviene una vez en cada cuatro casos, siendo precedida casi siempre por fenómenos atáxicos. Tambien reina epidémicamente siendo entonces de una intensidad extraordinaria.

Finalmente eu América, la encontramos en Méjico y como lo vamos á demostrar, en la Isla dé Cuba tambien. En efecto ¿Porqué no se ha de padecer en ella la enteritis foliculosa? "Las enfermedades, dice con mucha razon Mühry, no han sido esparcidas al azar por la superficie de la tierra," Manifestamos anteriormente que uno de los caractéres que distinguen á la zona tórrida es la uniformidad de su reino nosológico y que por esto mismo es la única que se presta sin esfuerzos al estudio de las generalidades; ahora bien ¿porqué si vemos que sus condiciones telúricas son idénticas á la de los otros paises tórridos donde se padece la mencionada

enfermedad, porqué hemos de negar su existencia en nuestro suelo natal? Boudin ha dicho que el paludismo es antagonista de la tuberculósis y de la fiebre tifoidea; pero ¿qué crédito nos merecerá el segundo término del aserto de Boudin, por grande que sea su autoridad, cuando tantas y tantas veces hemos comprobado la falsedad del primero, esto es, el antagonismo entre la fiebre paludea y la tuberculosis? El que haya recorrido durante un mes las salas de nuestro hospital de caridad, encontrará una multitud de enfermos que presentan los tres estadios de la fiebre paludea perfectamente marcados y en los cuales se perciben ademas los signos con que la tuberculosis marca á sus elegidos. Si en Africa que pudiéramos llamar el pais clásico del paludismo, se observa la dotienenteria y esta apareee tambien en la India y en Cochinchina, en Méjico y en Otahiti ¿porqué en tésis general y en igualdad de circunstancias ha de gozar la isla de Cuba de una inmunidad que no se apoya en ninguna razon sólida? porque los casos que hasta ahora se han presentado han sido mal diagnosticados. Obsérvase por primera vez, hace algunos años, en la patria de los Brahmas una enfermedad hasta entonces no descrita y que se denominó *Beriberi*. Todos se apresuraron á considerarla como peculiar al Hindostan y el autor del artículo *Beriberi* en el Diccionario de Medicina y cirujia prácticas lo comienza diciendo "enfermedad esclusiva de los Indios," y en la misma época poco mas ó menos en que se publicaba el enunciado artículo, presentaba el Dr. Dumont á la Academia de medicina de la Habana un trabajo acerca de la "hinchazon de los negros" en el cual describe con minuciosidad todos los fenómenos que presenta la afeccion que se creyó esclusivamente propia de la comarca donde existen los templos de Ellora y los diamantes de Golconda.

Otro tanto ha sucedido ó sucederá con la fiebre tifoidea en la Isla de Cuba. A medida que vaya siendo mas numeroso el número de casos bien observados irá desapareciendo la incredulidad de los que niegan su existencia y ante el cuadro de lesiones cadavéricas y de síntomas que vamos á presentar, tendrán que confesar su error.

II.

Al fundar Potolomeo-Lagus la Escuela de Alejandria y al hacer desaparecer, merced á sus esfuerzos, el borron que manchaba á todo el que se atrevia á profundizar con el escalpelo en la mano los secretos del organismo, hizo dar un paso inmenso á la Medicina arrancándola del oscurantismo en que estuvo sumergida durante el período Asclépiadico y estableciendo las verdaderas bases del arte de curar: la Anatomia y la Fisiologia. Sin embargo, por espacio de muchos siglos los médicos se conformaron con estudiar los síntomas que ofrecian las enfermedades, y hasta Bonnet y Morgagni, á ninguno le ocurrió examinar en el cadáver los trastornos orgánicos que daban orígen á aquellos síntomas. En la actualidad, un movimiento reaccionario en sentido opuesto se ha desarrollado en los grandes centros científicos y raro es hoy el práctico que desdeña la ocasion que se le presenta de rectificar por medio de la necroscopia, el diagnóstico hecho durante la vida del enfermo.

A la ciencia de los Bonnet y de los Lobstein apelaremos pues, en demanda de razones con que apoyar nuestras ideas.

Tres lesiones principales revelan en la losa anatómica la existencia de la dotienenteria y son: la alteracion de los folículos intestinales, la de los ganglios mesentéricos y la del bazo. ¿Se observan tambien en la fiebre tifoidea de Cuba?

El hecho siguiente, tomado de las "Conferencias clínicas," del Dr. Giralt, habla mas en nuestro apoyo que cuantos argumentos pudiésemos aducir.

Obs. I. Entra á ocupar la cama núm. 343 de la Sala de San Vicente un individuo que presenta todos los síntomas de una fiebre tifoidea, signos que no esponemos aquí, porque los reservamos para cuando nos ocupemos de la cuestion del diagnóstico. El enfermo sucumbe á las treinta y seis horas de estar en la mencionada sala y su autopsia suministra los datos siguientes.

Cavidad craneal. Inyeccion de las meninges, ligero reblandecimiento de la pulpa cerebral, pequeño derrame de serosidad en la cavidad de los ventrículos laterales.

Cavidad torácica. Adherencia de la pleura visceral á la costal en ambos pulmones, Estos se encuentran en esta-

do normal y los bronquios gruesos y medianos llenos de mucosidades. El corazon en estado normal.

Cavidad abdominal. El estómago distendido por gases presenta un resblandecimiento de su mucosa, quu está ade mas algo engrosada; equímosis subumucosos de un color rojo de púrpura, apareciendo unos bajo la forma de un punteado y otros difusos y considerables. La víscera contiene un liquido amarillo muy espeso. Intestinos. Válvulas conniventes muy desarrolladas; inyeccion capilar de la mucosa, inyeccion que aumenta á medida que se examina el yeyuno y el ileon. En este último aparece una placa de un color amarillo y rodeada de una elevacion de la mucosa con inyeccion considerable; esta placa está situada en la convexidad y borde libre de los intestinos, ocupando una estension de unos diez traveses de dedo. Tres placas que raspamos estaban destruidas y su fondo se hallaba constituido por el perítoneo; mas abajo otras tres placas de una estension mas ó menos considerable, presentan un olor gangrenoso, un color de heces de vino. El mesenterio está engrosado. Los ganglios mesentéricos se encuentran considerablemente aumentados de volúmen y resblandecidos; unos ofrecen el tamaño de un frijol, otros alcanzan las dimensiones de una nuez. En todos se observa la misma lesion flegmásica; su superficie esterna está muy inyectada y de color rojo intenso; cortándolos ofrecen en su interior un color rojo oscuro. No hay señales de pus ni de tuberculizacion. De consistencia friable. A su alrededor inyeccion inflamatoria y derrame plástico en las mallas del tegido celular subperitoneal. El hígado está aumentado de volúmen, y resblandecido. El bazo tambien aumentado de volúmen; presenta nueve traveses de dedo en su diámetro vertical, seis en el trasversal y cuatro en el ántero-posterior; de color rojo oscuro. La cápsula se desprende fácilmente. La sustancia propia de este órgano se reduce á papilla.—Los demás órganos en estado normal.

"En presencia de estas lesiones, dice el Dr. Giralt en la conferencia que hizo acerca del enfermo en cuestion, no debe ni puede quedar la menor duda acerca de la certeza del diagnóstico formulado."— "Consulten Vs., agrega, cualquiera de los autores de Patologia interna y se convencerán de que esas lesiones anatómicas son características

de la fiebre tifoidea y, por tanto, que en la Isla de Cuba, se padece la dotienenteria

En efecto; todos los autores que han estudiada el ileotifus en Europa, están unánimes en decir que las alteraciones de los folículos intestinales; cualquiera que sean las formas de las superficies ulceradas y cualquiera que sea el número de los tegidos componentes del canal intestinal que hayan sido destruidos, se encuentran en la estremidad inferior del ileon, y si se echa una ojeada sobre las lesiones anteriormente citadas, se verá que no solo se presentan en la parte terminal del intestino delgado, sino que ademas ocupan el borde libre de la mencionada víscera, carácter que distingue tambien á las lesiones foliculares de la dotienenteria europea.

Alguno que otro médico, ha querido suscitar varias dudas acerca de la necroscopia anteriormente citada, alegando que las ulceraciones no presentaban el carácter patognomónico, es decir, que no ofrecian una forma elíptica, que los bordes no estaban hechos como con un sacabocado, que el fondo estaba elevado, que no era gris. que la placa no estaba destruida y que solo parecia sufrir el tegido celular.

El Dr. Giralt ha rebatido demasiado bien y con gran acopio de citas sacadas de los mejores autores de Patologia interna, estas dudas, para que nos detengamos en examinar una por una las objeciones presentadas por el Dr. Dumont. Baste decir que ninguna autoridad clínica da como signo patognomónico la forma elíptica, ni tampoeo conceden gran importancia al color y la forma de los bordes de la chapa alterada. Segun Monneret "el contorno de las placas es irregularmente sinuoso, dentado, formado por los bordes de la chapa dura todavia, resblandecida ó por la mucosa infartada." Respecto al color de la úlcera he aquí lo que dice Griesinger "En los grados mas débiles é insignificantes (de la fiebre tifoidea) solo se observará una ligera elevacion de algunos folículos de una placa agmínea y un poco de tumefaccion del tegido celular intermedio, y entonces existirá lo que los franceses llaman placas blandas. En esta última forma la hiperemia dura largo tiempo en la placa y mas tarde todavia se manifiesta bajo la forma de una coloracion de un rojo violeta." [1]

[1] Infection krankheiten. Trad. Lematre, Paris 1867.

Queda, por lo tanto, probado que las lesiones que hemos descrito en nuestra observacion primera son las del tifus abdominal. Preciso es confesar que no todos los hechos que hemos recogido son tan concluyentes como el ya citado, y el caso que vamos á referir ahora, suscitó en nuestro ánimo fuertes dudas, que pudimos al fin disipar, gracias á un exámen minucioso de las lesiones anatómo-patológicas.

Obs. II. El negro José Diaz de 27 años de edad y de oficio carpintero, ocupa el 13 de Abril de 1868 la cama número 32 de la Sala de San Ramon en el Hospital civil de esta ciudad. Dejaremos á un lado la descripcion de los síntomas que ofreció durante la vida pues los reservamos para ocasion mas oportuna. Solo espondremos aquí los caracteres necroscópicos.

Cavidad craneal. No pudo ser examinada.

Cavidad torácica. Los pulmones tienen su tamaño natural. Se encuentran considerablemente edematosos en su lóbulo inferior, lo que se conoce muy bien, por la señal marcada que dejo la presion del dedo sobre el órgano é interiormente por la extraordinaria cantidad de líquido sero-sanguino lento, no espumoso, que fluye de las infundíbulas y últimas ramificaciones bronquiales. La superficie de seccion es sumamente lisa y muy húmeda; sometidas diversas porciones de los indicados lóbulos á la prueba hidrostática, se ven flotar encima del agua encontrándose. ademas, en ellos una crepitacion marcada. Su color es de un rojo oscuro muy subido, producido casi todo él por una hipóstasis cadavérica, Los lóbulos superiores están tambien crepitantes, enfisematosos en su borde cortante y vértice: de color y consistencia normales. No se observa en ellos ni á la simple vista ni en diversas preparaciones miscroscópicas el menor tubérculo ni gris, ni en el estado caseoso.

Los gruesos bronquios ofrecen una rubicundez marcada en su mucosa, presentándose ademas algunas concreciones calcáreas en el bronquio izquierdo.

La pleura en estado normal,

El corazon está ligeramente grasiento en su superficie esterna.

Cavidad abdominal. Hígado ligeramente aumentado de volúmen, por lo demas normal. Bazo tambien aumentado de volúmen, aunque de una manera casi inapreciable. La pulpa esplénica está reducida á una papilla casi líquida: su cap-

sula propia está muy resblandecida. Los intestinos delgados no presentan esteriormente nada de notable en toda su parte superior; pero en el tercio inferior del ileon se nota una inyeccion marcada y al mismo tiempo un ligera derrame plástico que lo adhiere á las partes circunvecinas. Interiormente tambien se encuentran íntegros los dos tercios superiores del intestino delgado. Pero en el punto correspondiente á las lesiones esternas, se observan equimosis bastante considerables. rodeados de una fina arborizacion vascular. No hay aumento de volúmen de las placas de Peyer ni en los fóliculos aislados, pero en cambio se encuentran en dichas placas un gran número de ulceraciones pequeñas de bordes regulares, sin inyeccion en ellos. No comprenden sino la mucosa y su fondo es blanco. Estas ulceraciones, cuyo tamaño no escede al de la cabeza de un alfiler, ocupan solo el borde libre del intestino.

Los ganglios mesentéricos están muy duros, aumentados de volúmen, ofreciendo los mayores el tamaño de una avellana grande. Incindido su estroma no presenta sino una ligerísima inyeccion vascular.

Los demas órganos están en estado normal.

La multitud de ulceraciones, sus formas tan diversas y variadas, su poca profundidad, todo en una palabra, hacia confusa la rectificacion del diagnóstico establecido durante la vida del paciente, con tanto mas motivo cuanto que, como haremos notar mas adelante, tambien los síntomas que presentó durante su permanencia en la sala fueron por espacio de algunos dias bastante oscuros. Las lesiones anátomo-patológicas observadas podian aplicarse tanto á la fiebre tifoidea como á la tuberculosis intestinal. Ambas invaden los folículos intestinales; ambas afectan tambien los ganglios linfáticos. Necesario era, sin embargo, decidirse por una de las dos enfermedades y al aceptar la dotienenteria, nos apoyamos en las razones siguientes: En primer lugar si se tratase de la tisis clásica, como la llama Herard, encontrariamos ya una excepcion á la ley de Louis, que aun cuando está muy lejos de ser infalible ha sido basada en un método tan positivo, la estadística, que esto conmoveria nuestra tendencia á admitir en este caso un hecho excepcional. Por otra parte, concretándonos solamente á las ulceraciones intestinales, tambien encontraremos en ellas muy buenos caracteres distintivos. El

asiento limitado esclusivamente al tercio inferior del intestino no debe mirarse como sígno diferencial, pues tanto la tuberculosis como el ileo-tifus atacan las placas de Peyer y por lo tanto para ámbas existen las mismas condiciones de localidad. Pero en la tuberculosis "las úlceras intestinales presentan en sus bordes verdaderas granulaciones de naturaleza estrumosa; estos bordes están festonados y salientes y el fondo de la úlcera se encuentra salpicado de las mismas elevaciones granulosas [1]" condiciones que no se presentan en el caso mencionado en el cual se observan por el contrario úlceras perfectamente limitadas, de bordes lisos y regulares, sin depósitos necrobióticos en su fondo donde tampoco hay ningun eretismo, signos propios de la pérdida de sustancia folicular producida por la fiebre tifoidea." [2]

¿La falta del aumento de volumen de las placas glandulosas es suficiente para rechazar la existencia del tifus abdominal en el caso que vamos estudiando? No, porque el ileo-tifus produce dos clases de alteraciones en los espresados órganos y son las *placas duras* de Louis en las cuales se observa una hipertrofia ó mejor dicho una hiperplasia de toda la placa, en tanto que en la segunda clase de lesiones, ó sean las *placas blandas*, solo aumentan de volúmen algunos de los folículos que las constituyen y á este órden pertenecen las lesiones intestinales encontradas en el cadáver del indicado enfermo. En el trascurso de la enfermedad aparece un foco de resblandecimiento en el centro de los folículos infartados: mas tarde en toda su extension se verifica una degeneracion necrobiótica y finalmente los productos regresivos que produce aquella son espulsados con las heces fecales y queda una ulceracion que tanto puede destruir todos los tegidos que constituyen el intestino, como limitarse solamente á la mucosa, habíendo sucedido esto último en el caso que nos ocupamos.

Al establecer este diagnóstico necroscópico, si así pudiera llamarse, nos hemos ocupados de una de las dos enfermedades que por sus alteraciones cadavéricas intestinales son susceptibles de confundirse con la fiebre pútrida, la tísis y el cólera. La confusion con la primera queda deslindada ya por

[1] Herard et. Cornil. De la pthisie pulmonaire.

[2] Griesinger. Loc. cit.

las razones anteriormente espuestas. ¿Nos costará mas trabajo distinguir las lesiones cadavéricas del tifus abdominal de las que produce el Atila indio? La psorenteria colérica, tan bien estudiada por Wagner, Czermak y Hyrtz se fija en los folículos aislados de los intestinos delgados. Son corpúsculos duros, de un blanco mate, á veces rosados, semi trasparentes cuyo volúmen varia desde el de una cabeza de alfiler hasta el de un grano de millo ó de cáñamo, pero estos corpúsculos se observan por otra parte, aunque excepcionalmente, en el esófago y en el estómago. Ademas la presencia del líquido seroso blanquecino en el canal intestinal, la emaciacion cadavérica, la falta de alteracion ganglionar y la atrofia del bazo son caracteres necroscópicos mas que suficientes para distinguir en presencia del cadáver las dos afecciones.

Respecto á la alteracion de los ganglios linfáticos que en las observaciones citadas hemos encontrado vemos que no es la fiebre tifoidea la única que puede provocarla. Otras enfermedades hay que las originan y á su cabeza marcha la enfermedad que con tanta sin razon ha denominado Empis "Granulia," que por su marcha aguda, la similitud de los síntomas es fácil de confundir con la dotienenteria. Caracterizadas ámbas macroscópicamente por la hiperplasia de los folículos ganglionares y microscópicamente por el aumento de volúmen y hasta por la degeneracion caseosa de los mencionados órganos, es fácil la confusion ante el cadáver. Sin embargo, es sumamente raro observar que la tuberculosis afecte una sola clase de sistemas orgánicos. Casi nunca, ó mejor dicho nunca, se fija la alteracion tuberculosa únicamente en los ganglios: las serosas, menos frecuentemente las mucosas, y otros órganos de la economia se afectan al par que el sistema ganglionar. En los dos casos que llevamos referidos y en otros que hemos tenido ocasion de observar las alteraciones foliculares tanto intestinales como ganglionares se han presentado enteramente aisladas, sin que en el resto del cuerpo se encontrase un solo tubérculo.

El aumento de volúmen del bazo se ha notado tambien en el enfermo de la observacion I. presentándose en él por consiguiente, el trípode en que descansa la fiebre tifoidea. Sin embargo, por regla general, en la Isla de Cuba la hipertrofia esplénica falta casi siempre. La hiperplasia de las células que constituyen la pulpa esplénica es en Europa tan comun en los individuos atacados de fiebre tifoidea, que se-

gun dice Griesinger, deben considerarse como escepcionales los casos en que falta aquella, siendo á veces tan considerable el aumento de volúmen, que puede adquirir hasta el séxtuplo de sus dimensiones normales. [Rokitansky]. En la Isla de Cuba, es por el contrario poco frecuente. En 8 observaciones que tenemos á la vista no se ha notado la indicada alteracion, mas que en un caso (obs. I.) pues aunque existe tambien en el enfermo de la observacion II, era tan insignificante, que, indiagnosticable durante su vida, apenas pudo ser notada en la necroscopia.

Esto indica que en nuestro pais, la dotienenteria se presenta con algunas desviaciones del tipo clásico, si así puede llamarse, que describen los autores de Patologia interna. Una de ellas, la rareza de la hipertrofia esplénica, la hemos señalado ya. Réstanos hacer notar otra, la rapidez de la marcha de las lesiones intestinales, tanto mas importante, cuanto que el pronóstico del ileo-tifus que se padece en Cuba es benigno en la generalidad de los casos.

Segun Trousseau [1] "al duodécimo dia, la afeccion intestinal hasta entonces papulosa, se convierte en forunculosa. Las glándulas enfermas se elevan en forma de fungosidades cónicas y rojas, ofreciendo en su vértice ligeras erosiones que agrandándose con mayor ó menor rapidez llegan á formar, á los catorce ó quince dias de enfermedad, un *bourbillon*, teñido de un color amarillo muy subido por la bilis, la cual en la época indicada, corre en abundancia y con un color especial. Este tegido esfacelado está implatando en el centro de una vasta ulceracion, y adherido todavia por su base á las túnicas intestinales. Al dia siguiente, este burbillon enteramente desprendido y cediendo al menor esfuerzo, es remplazado por una ulceracion profunda, cuyo fondo reposa generalmente sobre la túnica musculosa." Ahora bien: el enfermo de la observacion II murió á los doce dias de haber sido invadido por la dotienenteria, época en que segun Trousseau la afeccion es forunculosa; y sin embargo las lesiones intestinales que se encontraron en el mencionado individuo eran las de la ulceracion completa, habiéndose desprendido ya el burbillon glandular, fenómeno que por regla general no acontece en Europa hasta el décimo quinto ó décimo sesto dia. Otro

[1] Clinique médicale. Vol. I. pág. 215,

tanto sucede con el enfermo citado en las "Conferencias clínicas" y cuya autopsia hemos descrito en la observacion I. En verdad fué imposible saber con fijeza los dias que trascurrieron desde la invasion de la enfermedad hasta que entró en el hospital, pues la perturbacion de su inteligencia hacia imposible averiguarlo. No obstante, debe tenerse presente que el tifus abdominal necesita dos ó tres dias de incubacion durante los cuales aparecen fenómenos generales suficientemente intensos para obligar á los enfermos á hacer cama y fácilmente se comprenderá que aquellos se apresuran á trasladarse á un asilo donde pueden ser combatidas sus dolencias, y verosímilmente el enfermo de la observacion I ocupó la cama núm. 342 de la sala de San Vicente cuando su afeccion habia llegado á la conclusion del primer septenario ó al comenzar el segundo, habiendo permanecido en la clínica solamente treinta y seis horas. El exámen necroscópico reveló en él la existencia de vastas ulceraciones, algunas de ellas tan profundas que solo la capa peritoneal se encontraba íntegra. Esto demuestra lo que anteriormente espusimos, es decir, la rapidez de la marcha de la dotienenteria en la Isla de Cuba.

En resúmen: alteracion de los folículos intestinales; aumento de volúmen de los ganglios linfáticos y á veces del bazo. Tales son las lesiones presentadas por los individuos que han sucumbido en esta Isla á consecuencia de la fiebre tifoidea y por lo tanto la anatomia patológica demuestra que la dotienenteria existe en la mas hermosa de las Antillas.

III.

La sábia Naturaleza ha dispuesto el organismo de tal manera que el menor trastorno en cualquiera de los numerosos órganos que lo contituyen origina multitud de fenómenos, primitivos unos, consecutivos ó simpáticos otros. Como se vé á la púdica sensitiva al contacto del atornasolado insecto replelar no solo las hojas de la rama donde se ha posado aquel, sino ademas todas las que constituyen su verde ropage, así tambien la economia lejos de ver con indiferencia los sufrimientos de cualquiera de sus aparatos toma una parte

tan activa en ellos, que muchas veces los signos alarmantes son dependientes de las alteraciones de los órganos primitivamente dañados. En esto estriban las grandes dificultades de la diagnosis: distinguir los síntomas propios de la enfermedad local de los que secundariamente se desarrollan. Se comprenderá que en aquellas enfermedades generales *d'emblée* en las cuales el elemento etiológico se fija en todo el organismo á la vez, como sucede en la fiebre tifoidea, el número de dificultades es mucho mayor todavia y por eso la dotienenteria ha pasado bastantes veces desapercibida y el diagnóstico solo se ha formulado en la losa anatómica.

El diagnóstico necroscópico del ileo-tifus lo hemos hecho ya en el capítulo anterior. Veamos ahora el clínico.

Hemos dicho que los signos que dan á conocer la expresada afeccion son muy numerosos; así es en efecto y sin embargo casi todos ellos han podido ser observados en los casos de tifus abdominal que se han presentado en nuestro Hospital civil, como lo demuestran las siguientes observaciones:

Obs. III (1) D. S. F. natural de la Coruña, de 19 años de edad, temperamento linfático y constitucion débil, entró en la sala de San Vicente el dia 4 de Febrero de 1865, ocupando la cama núméro 341.

Hace dos años aproximadamente que llegó á la isla, y desde entonces ha padecido con frecuencia calenturas que han durado uno ó dos dias y que se han presentado sin regularidad mediando el intérvalo de quince dias ó un mes. Tambien tiene casi constantemente cefalalgia y bronquitis.

Nuestro enfermo no nos suministra dato alguno referente á los padecimientos de familia que pueda ilustrarnos en el diagnóstico de la enfermedad que hoy le aqueja.

Invasion. El dia 29 del próximo pasado Enero, se levantó sin novedad dedicándose á sus tareas habituales, mas como á las dos de la tarde sintió un escalofrio violento, seguido de calor y sofocacion. Al mismo tiempo esperimentó cefalalgia, malestar general é imposibilidad de continuar sus ocupaciones.—Dia 30. Fiebre, cefalalgia, zumbido de oidos, sed, inapetencia, tos, esputos sanguinolentos, diarreas y dificultad de estar de pié. Tal es el conjunto de síntomas que el enfermo ha esperimentado en los dias que precedieron al de su entrada; exceptuando, sin embargo, las estrias sangui-

(1) *Conferencias clínicas.* Pag. 56.

nolentas que coloreaban los esputos los cualés cesaron el mismo dia que aparecieron. No hemos podido cerciorarnos del orígen de esta sangre.

El 5 por la mañana el enfermo presenta los síntomas que á continuacion se expresan: decúbito dorsal, relajacion muscular, piel ardiente, madorosa y pálida; pasando por ella el pulpejo de los dedos se provoca la aparicion de una mancha persistente y de un hermoso color rosado vivo. El semblante espresa la tristeza, la mirada es lánguida y las respuestas son lentas y pronunciadas con indiferencia; hay cierto estado de estupor y somnolencia. La lengua está seca y blancuzca, hay mucha sed, anorexia y diarreas. gorgoteo en ámbas fosas iliacas y las paredes abdominales muy flácidas. El pulso es blando, poco lleno y dá 108 pulsaciones, hay tos seca, bien acompañada de esputos mucosos. La percusion practicada en las paredes del torax nada revela de anormal en las vísceras contenidas en esta cavidad, pero á la auscultacion se descubren estertores mucosos y sibilantes en toda la estension de ambos pulmones, predominando aquellos últimos en la base de estos órganos.

Las vísceras abdominales no ofrecen modificacion alguna.

Por último, existe cefalalgia, zumbido de oidos y vértigos que no permiten al enfermo estar de pié ni aun sentarse en la cama. Por la tarde el pulso se habia elevado notablemente, la cefalalgia era mas intensa y el malestar mas pronunciado.

El dia 7, aparecen además de los síntomas ya mencionados, cuatro manchas rosáceas, lenticulares, situadas en la parte anterior y lateral izquierda del torax. El dia 8, el número de manchas rosáceas asciende á ocho ó diez. Los demas síntomas en el mismo estado,— orina normal. El dia 9, la piel está seca y su temperatura muy elevada, en la parte lateral izquierda del cuello aparece una erupcion constituida por numerosas sudáminas que tambien se presentan en el lado opuesto y en la fosa iliaca izquierda, aunque en menor número. El lábio inferior está cubierto de fuliginosidades, el pulso está á 100 y blando, los demás síntomas persisten. Habiéndosele administrado un emeto-catártico en este dia, al siguiente hizo el enfermo cinco cámaras abundantes, en vez de las tres ó cuatro que desde el principio hacia diariamente. El pulso ha descendido á 76 conservando sus otros

caractéres. Algunas de las vesículas del cuello han desaparecido y las demas son menos pronunciadas, las manchas rosáceas aparecen tambien menos marcadas. La cefalalgia, el zumbido de oidos etc., excepto la mancha hiperémica, han disminuido sensiblemente.

El dia 11, el pulso ha descendido á 88, los estertores son menos marcados especialmente los sibilantes que son muy escasos. Las sudáminas desaparecen por completo. Algunas manchas lenticulares han perdido su color, la meningea es mas viva y el calor de la piel no es tan intenso como en los dias precedentes. La lengua está húmeda y casi limpia, no hay cefalalgia ni ruido en los oidos, el enfermo puede sentarse en la cama sin sufrir desvanecimientos y en general el estado del enfermo es satisfactorio.—Lo mismo sucede el dia 17. Sin embargo, la diarrea continúa. El pulso oscila entre 76 y 100, el calor de la piel es normal, la fuliginosidad empieza á desaparecer, la bronquitis es casi nula y la soñolencia no existe, manifestando el enfermo satisfaccion por estar libre de ella. Las manchas rosadas y la meningea continúan, pero en menor grado de coloracion. El 14 el pulso presenta la irregularidad expuesta, la sudámina aparece de nuevo, pero esta vez no solo en el cuello sino tambien en la pared abdominal anterior. La diarrea y el gorgoteo en la fosa iliaca han desaparecido. La tos ha cesado tambien. El 15 la erupcion del cuello ha desaparecido, pero continúa la que existia en el abdomen aunque sus vesículas se han reducido. El pulso está á 76 El 17 vuelve á reaparecer la diarrea que cesa el 19 para no volver á aparecer. El 20 se deseca la erupcion papulosa y el enfermo entra en plena convalescencia.

El caso que acabamos de referir es una prueba palpable de la existencia de la fiebre tifoidea en la Isla de Cuba. No ha faltado en él uno solo de los signos que á la expresada enfermedad asignan los autores de Patologia interna. Obsêrvanse por parte del aparato digestivo, las fuliginosidades de los lábios y encias, la lengua saburral y seca, las diarreas, el gorgoteo en la fosa iliaca, el meteorismo. Los estertores sibilantes y mucosos que se descubren en el aparato respiratorio por medio de la auscultacion, revelan la bronquitis específica. El sistema nervioso da á conocer sus sufrimientos por el estupor (que en este caso fué ligero) por el zumbido de oidos, la mancha hiperémica y finalmente en las alteraciones ofrecidas por la superficie cutánea descuellan las manchas

lenticulares y las sudáminas. La terminacion de la enfermedad, como ha sucedido casi siempre en todos los enfermos atacados de dotinenteria que hemos observado, fué feliz y en realidad durante el trascurso de la enfermedad no se presentaron apenas síntomas alarmantes. No por eso, sin embargo, deja de haber casos en los cuales aun cuando la afeccion termina favorablemente, aparecen fenómenos que deben hacer reservado el pronóstico. Un ejemplo patente de ello se advertirá en la siguiente observacion.

Observacion IV. D. Antonio Anzolega, de Vizcaya, 16 años, marinero, entró en el Hospital el 29 de Mayo de 1868.

Los antecedentes del paciente son muy incompletos, pues el indiferentismo que le rodea no le ha permitido suministrarnos ningun dato acerca del tiempo que hace que está enfermo.

Examinado en la visita del dia 30 presenta los fenómenos siguientes: Constitucion regular.—Decúbito dorsal, pudiendo tomar cualquiera otro, aunque con alguna dificultad. Abandono de las extremidades, postracion, respuestas lentas, tardías e inacordes. Algun delirio, vista fija y sin ninguna espresion. Dilatacion muy marcada de las alas de la nariz en los momentos de la inspiracion. Lengua áspera con muy poca humedad y algo agrietada. Encias fuliginosas, vientre meteorizado y cubierto de muy pequeñas manchas lenticulares, sudáminas y petequias. Sensibilidad y gargullo en la fosa iliaca derecha. Diarrea, orina escasa y sin ofrecer precipitado alguno tratrada por el ácido nítrico y el calor. Por parte del aparato respiratorio ofrece estertores sibilantes y mucosos en la base de ambos pulmones. Piel seca y caliente, pulso entre 125 y 130.

El 31 presenta gran estupor y cuando se sienta en la cama, lo que tiene que hacer ayudado por un enfermero, su respiracion se pone muy anhelosa. Facies tifoidea. Lengua sumamente áspera, agrietada en el sentido longitudinal del órgano encontrándose en el mismo estado los lábios, principalmente el inferior. Las álas de la nariz continúan dilatándose notablemente. Hay meteorismo, delirio y gargullo en la fosa iliaca derecha así como una gran sensibilidad en este punto. Las sudáminas y petequias son en mayor número y mas características, siendo mas abundantes en el hipocondrio izquierdo y la region lateral derecha del cuello. El enfermero nos dice que en el dia de ayer tuvo mucho delirio. Por

parte del pulmon presenta una sonoridad normal y los mismos fenómenos estetoscópicos del dia anterior, predominando mas los sibilantes. Tiene tos húmeda sin espectoracion. La orina es escasa y como el dia anterior. Piel caliente pulso dicroto á 130.

El primero de Junio continúa el subdelirio, conserva la posicion supina con relajacion completa de las extremidades. Fisonomia indiferente. Persiste la diarrea, habiendo disminuido algo el meteorismo, así como tambien la sensibilidad en la fosa iliaca derecha. Subsisten las sudáminas, las petequias y el gargullo. La lengua ligeramente húmeda, conserva las grietas y el color oscuro. Los signos estetoscópicos en el mismo estado. Piel caliente y pulso pequeño á 107. Orina escasa y normal. El 2 no sufren alteracion los fenómenos indicados el dia anterior. El pulso desciende á 100.

El 3 el delirio es escesivo y por mas que le hemos interrogado acerca del estado en que se encuentra, no contesta á ninguna de nuestras preguntas Posicion supina, respiracion irregular con aumento de los estertores sibilantes y mucosos. Mucho delirio durante la noche y diarreas muy numerosas; los demas síntomas continuan en el mismo estado de ayer. Calor urente de la piel, con un pulso pequeño á 88.

Dia 4. Decúbito lateral izquierdo con las piernas en semiflexion. No responde á ninguna pregunta, semblante abatido, boca entreabierta, dientes y lábios fuliginosos, respiracion anhelosa, sensibilidad en el vientre y muy poco meteorismo. Piel caliente, pulso pequeño á 96. Durante la noche el delirio y las diarreas han disminuido.

Dia 5. Conserva la misma posicion de ayer. Obedece, aunque con algun trabajo al mandato que se le hace. La inteligencia está mas despejada y el semblante muy angustiado, la lengua húmeda y agrietada, encias y lábios fuliginosos, meteorismo y gargullo en la fosa iliaca derecha, sudáminas y petequias, subdelirio, piel caliente y pulso á 88. El enfermero nos dice que la defecacion y la mistion son involuntarias,

Dia 6. Persistencia de los síntomas del dia anterior. solamente el delirio y la diarrea han disminuido algo. Piel caliente y pulso á 88.

Dia 7. La mejoria es muy grande. Las funciones intelectuales se verifican ya con mayor regularidad. La lengua está completamente húmeda y sin grietas, conservándose

íntegra en su mitad anterior, en tanto que en la posterior existe todavia una capa sabursal espesa. Las fuliginosidades de los dientes y encias han disminuido bastante. Debe notarse una nueva y abundante erupcion de sudáminas que estendiéndose desde la parte anterior de ámbos hipocondrios, van á reunirse en la línea media á cuatro traveses de dedo por encima del púbis. El meteorismo y el gargullo persisten todavia, pero ya no hay sensibilidad al tacto. Disminucion considerable del delirio y de las diarreas.

Lo único de notable que hay que consignar el dia 8 es el aumento de las sudáminas que vuelven á aparecer en la parte lateral derecha del cuello. Piel caliente y el pulso oscila entre 75 y 80.

Desde entonces, la mejoria ha sido notable y progresiva. Las sudáminas se han desecado paulatinamente y en la actualidad se encuentra en plena convalescencia.

¿Quién al leer las dos observaciones que hemos intercalado en esta parte de nuestra memoria podrá dudar del diagnóstico de fiebre tifoidea que en los enfermos se hizo? Por lo que toca á nosotros confesamos que no conocemos mas enfermedad que el tifus abdominal, capaz de presentar en el trascurso de su marcha, una sucesion de síntomas análogos á los espuestos.

Bien sabemos que el paludismo, al cual han referido estos casos los que niegan la existencia de la fiebre tifoidea en Cuba, es un proteo capaz de revestir todas las formas de las otras enfermedades. Pero no por eso deja de poseer fenómenos, tales como la intermitencia ó la remitencia, capaces de darlo á conocer, y no creemos que en los casos mencionados pudiera sospecharse ni un momento la intoxicacion marenmática.

Con mayores visos de razon se pudo admitir en el enfermo de la observacion IV una afeccion torácica febril, teniendo en cuenta la gran disnea y anhelacion que presentó el enfermo. Pero en sus pulmones no se percibian mas fenómenos que los de una bronqnitis que de no llevar impreso el sello de la especifidad, no podia dar lugar á ninguno de estos signos generales espuestos, y justamente la fiebre tifoidea es una de las afecciones generales que se acompañan de inflamacion bronquial. Por otra parte, colocados bajo el punto de vista de la dotinenteria, podia esplicarse fácilmente la patogénia de esta disnea de uno de los modos siguientes; para

los médicos alemanes y especialmente para la escuela de Viena, representada por Dietl, la hiperinosis representa un papel importante en las enfermedades. El celebre Virchow (1) crée que no es el bazo el único órgano encargado de formar leucocitos. Entre las tres clases de irritaciones que admite, la funcional, la nutritiva y la formativa, esta última obra tambien sobre las glándulas linfáticas, produciendo una hiperplasia de las células contenidas en los fóliculos que las constituyen; pero bajo el influjo de ciertos estados mórbidos á cuya cabeza marcha la inflamacion, algunos de sus elementos histológicos esperimentan un trabajo regresivo y sus restos constituyen la fibrinógena que pasa á la sangre. Por otro lado, algunos prácticos, entre ellos Bouillaud que ha denominado á la dotienenteria, enteritis foliculosa, consideran al ileo-tifus como de naturaleza inflamatoria. Aceptando las ideas de Virehow, ninguna enfermedad mórbida posée mejores condiciones para producir plasmina que la indicada afeccion. En ella hay una profunda alteracion de los órganos hematopoyéticos representados por el bazo, las glándulas linfáticas, los folículos intestinales (que tanta similitud tienen con los ganglios linfáticos) y naturalmente se comprende que un esceso de fibrinógena en la sangre, la altera, y al pasar el líquido sanguíneo por el bulbo raquideo cesa de influenciarlo de la manera que lo hace en el estado normal y la disnea se produce en seguida.

Esta teoria seria muy aceptable y brillante si no descansase en bases erróneas. Tanto la teoria del micrógrafo aleman como las ideas del distinguido médico de "*La Charité*" son completamente falsas. La discrasia fibrinosa tal cual la admiten los prácticos alemanes, no existe, pues; si la hiperfibrinosis denotase la riqueza linfática de los órganos, entonces en la inflamacion de las membranas serosas, que son bien pobres en órganos linfáticos, no deberia existir un aumento de fibrina, y por el contrario, no hay ninguna enfermedad que produzca un esceso de fibrina tan grande como el reumatismo articular. Ademas, la hiperinosis no se presenta antes de la inflamacion del órgano que sufre; sino despues y por lo tanto debe mirarse mas bien que como causa como efecto y finalmente, en los numerosos trabajos de hematologia

(1) Pathologie celulaire. Tra. Picard. Paris 1864.

que poseemos, no encontramos ninguno en que se señale el aumento de la fibrina en la fiebre tifoidea.

Respecto á las ideas de Bouillaud acerca de la dotienenteria, cuestion es esta que nos llevaria lejos del objeto de nuestra memoria; por lo tanto nos contentaremos con decir que no creemos en la naturaleza inflamatoria de la fiebre tifoidea.

Otra esplicacion pudiera darse acerca de la patogenia, de la anhelacion que presenta el individuo de la observacion IV, y es la obstruccion bronquial, bastante admisible, si se recuerda el depósito de mucosidades que existe en las últimas ramificaciones de los bronquios, dependiente de la bronquitis, y esta es la esplicacion que aceptamos.

Dijimos hace poco que en la generalidad de los casos el diagnóstico era fácil, y dijimos mal. Existe una afeccion que en ciertas ocasiones es imposible distinguir, á no ser por la termometria de la fiebre tifoidea, y es la tuberculosis granulosa generalizada. Tanto en el enfermo de la observacion IV, como en el caso que vamos á referir (que es al mismo tiempo una prueba de que no siempre termina favorablemente en la isla de Cuba la dotienenteria), nos asaltaron las mayores dudas, sobre todo en el último, en el cual el diagnóstico no pudo ser establecido hasta la víspera de la muerte.

Obs. V. El negro José Diaz, natural de la Habana, de 27 años de edad, y de oficio carpintero, entra el 13 de Abril á ocupar la cama núm. 32 de la sala de San Ramon.

Los antecedentes que podemas recojer son los siguientes: las únicas enfermedades que desde la niñez ha padecido son: el sarampion, la viruela, fiebres palúdeas en Santiago de Cuba y bronquitis rebeldes con extraordinaria frecuencia, expulsando de vez en cuando por la tos, esputos con estrias sanguinolentas; presentando ademas frecuentes sudores nocturnos. Ignora la enfermedad que hizo sucumbir á su padre y respecto á la madre dice que murió del cólera. Hace nueve dias le comenzó la presente enfermedad. El 5 de Abril [víspera del dia que cayó en cama] le sobrevinieron repentinamente en medio de la mejor salud, numerosas diarreas que prosiguieron con igual violencia el 6, dia en que apareció ademas un fuerte dolor de estómago. Tuvo fiebre y sintió el 6 un escalofrio bastante intenso. Solo un dia se le presentaron vómitos. Las diarreas continuaron hasta el dia de entrada.

El 14 presenta los fenómenos siguientes: Individuo de constitucion débil. Está bastante demacrado. Se halla acostado en posicion sufina, con las piernas encogidas y los muslos en ligera flexion sobre el vientre. El torax se eleva y desciende con suma rapidez y las álas de la nariz, fuertemente entre abiertas, se agitan convulsivamente, tratando de absorver la mayor cantidad de aire posible. El calor de la piel es tan intenso que produce en la mano que la toca una verdadera sensacion de quemadura. El cerebro funciona con toda regularidad, y los únicos trastornos del sistema nervioso que se observan son vértigos, ligera cefalalgia, zumbido de oidos y alguna dificultad en la pronunciacion de las palabras. Hay retraccion desigual de las pupilas. Dolores contusivos en los miembros inferiores, sequedad de la piel y en esta se observan horrripilaciones.

Aparato digestivo. La lengua está húmeda y cargada de una gruesa capa saburral homogenea muy blanca que desaparece rascándola con el dedo. Los dientes secos y sin fuliginosidades. Anorexia y bastante sed. El aspecto esterior del vientre es el normal, ni elevado ni retraido; blando y pastoso, indolente á la presion. No hay zurrido en las fosas iliacas. Las diarreas que tenia cuando entró en el hospital, han desaparecido hoy por completo· No hay sudáminas ni petequias; no es posible saber, porque lo impide el color de su piel, si hay ó no manchas lenticulares. Acusa un dolor bastante intenso al nivel de las tres últimas falsas costillas izquierdas, dolor que debe referirse al estómago por el sonido francamente estomacal que da la percusion en el punto indicado, timpanismo que superiormente termina al nivel de la quinta costilla· Sonido claro á la percusion en todo el vientre. No hay aumento de volúmen ni en el hígado ni en bazo. No hay vómitos.

Aparato respiratorio. El sonido á la percusion es claro en todo él y un poco mas oscuro en el tercio posterior que en los dos tercios anteriores. La respiracion es sumamente frecuente (38 p. m.) supra costal y superficial. La auscultacion revela en ámbos ápices pulmonares una respiracion áspera, dependiente del estado febril; en la base algunos estertores subcrepitantes escasos. Por delante se observan los mismos fenómenos

Aparato circulatorio. Corazon febril. Pulso acelerado, duro y lleno, no depresible, á 120, ondulante.

No puede orinar.

Dia 15. La postracion de ayer continúa. El cerebro funciona, sin embargo, bastante bien y solo se observa una ligera dificultad en la pronunciacion de las palabras. La piel está casi fria y el calor ha caido por completo bajo el uso del alcohol. El pulso continúa no obstante, lleno y frecuente, regular a 100, depresible. Esputos algo viscosos, aireados y blancos, sin ninguna sangre, 36 respiraciones por minuto, regulares. Estertores subcrepitantes gruesos desapareciendo por la tos en la base de ámbos pulmones. Ayer 5 diarreas hoy una. Aspecto esterior del vientre normal. No hay gargullo.—No hay vómitos ni cefalalgia—Vientre escavado sonoro — No hay gargullo—Pupilas retraidas—Color subictérico en las conjuntivas.— Crugidos secos en el vértice del pulmon izquierdo

Dia 16. Pulso pequeño, muy irregular, á 104. Calor urente del torax, frialdad en las estremidades superiores, 32 respiraciones regulares, profundas.—A la percusion, sonido claro tanto por delante como por detras en ámbos pulmones. Estertores subcrepitantes que se oyen solo á la inspiracion en ámbos pulmones.—En la parte superior de estos, respiracion áspera y estertores subcrepitantes. Lengua escesivamente áspera, lengua de gatos, fuliginosidades en los labios. —6 diarreas. No hay vómitos. No hay tos. No hay esputos. Forma normal del vientre. No hay gargullo. Algunas sudáminas. La piel bañada en sudor principalmente en la cara. Dolor en las fosas iliacas. Submacidez en la region hepática de 2 cent. de estension. Respuestas lentas. Delirio esta noche, pero ahora integridad de la inteligéncia. Indiferencia. Postracion é inmovilidad. Pupilas contraidas.

Dia 17. Subdelirio. Pulso pequeño, irregular á 116. Orina turbia, cargada de sedimentos de uratos 32 respiraciones. Locuacidad incoherente. Movimientos automáticos. Sudor en la cara y antebrazos piel fresca. Respiraciones regulares y profundas. Estertores subcreciptantes muy gruesos en la base de ámbos pulmones. Sonido claro y oscuro esparcidos irregularmente á la percusion. Ligera broncofonia en las bases y parte posterior del lado izquierdo. Algunas diarreas, carfologia, fuliginosidades en los dientes y labios. Lengua ligeramente saburral y húmeda. No hay gargullo en las fosas iliacas, vientre normal.

Dia 28. Estupor, postracion, indiferencia, respuestas lentas pero acordes, gargullo en la fosa iliaca, aspecto este-

rior del vientre elevado, meteorismo, dolor en el hipocondrio derecho debajo del reborde corsal, pero no hay aumento de volúmen del hígado, piel urente y madorosa, pulso blando depresible, irregular á 112. Sonido claro en la parte anterior del torax, no hay aumento del bazo, respiracion áspera en la parte anterior del torax, fuliginosidades en los lábios y dientes, pupila retraida, quejidos contínuos, muerte en la noche.

Difícil nos fué conocer la afeccion que habia atacado á nuestro enfermo, y probablemente á no haber sido hecha la autopsia, el expresado caso hubiera engrosado el número de los inscritos en el cuadro de la tuberculosis.

Efectivamente, si fácil nos fué alejar la idea de la fiebre palúdea, de la piohemia, que si bien pudieron haber sido sospechadas al recordar el escalofrio inicial, debian ser desechadas inmediatamente despues de haber seguido el curso de la afeccion, así como tambien; la pneumoina, quedaban aun por dilucidar dos estados mórbidos, antes de sentar un diagnóstico positivo: la tuberculosis generalizada y la dotienenteria.

Examinando al enfermo, colocados bajo el punto de vista de esta última afeccion, encontramos á su favor, la bronquitis, las diarreas, el estado de abatimiento y la vaguedad impresa en su rostro. Pero además de que estos fenómenos están muy lejos de pertenecer exclusivamente á la expresada enfermedad, echamos de menos la epístasis inicial (aunque esta falta con suma frecuencia en la dotienenteria que se padece en la Habana). Faltaron tambien en los primeros dias el gargullo en la fosa iliaca, las sudáminas y las petequias y el meteorismo, fenómenos propios de la fiebre tifoidea, (sin ser por eso patognomónicos), y por otra parte nos llama mucho la atencion el modo brusco de aparecer la enfermedad, carácter mas propio del "tifus fever," hasta el punto que Murchison y Trousesau lo dan como un signo que sirve para distinguir esta afeccion de la fiebre tifoidea. Encontramos ademas á favor de la tuberculosis la disnea extraordinaria que hasta cierto punto no puede explicarse por los trastor nos torácicos locales, la retraccion desigual de las pupilas, el do or epigástrico frecuente en la granulia. Las diarreas son comunes á ambos estados patológicos, cuando en la tuberculizacion generalizada se desarrollan granulaciones específicas en la mucosa intestinal; pero falta un signo que el autor de "La

Granulia" considera, aunque sin razon, como característico de esta y es "el dolor á la presion en el vientre, dependiente de un estado sub-inflamatorio del peritoneo."

En vista de la imposibilidad de sentar un diagnóstico positivo, nos mantuvimos prudentemente á la espectativa con la esperanza de que la marcha da la enfermedad vendria á disipar nuestras dudas. Desgraciadamente nuestra vacilacion duró hasta la víspera de su muerte, dia en que la aparicion del gargullo en la fosa iliaca, el meteorismo y las sudáminas nos revelaron la existencia de la fiebre tifoidea, comprobada despues por la autopsia, de la cual hemos dado cuenta en nuestra observacion segunda.

En la gran mayoría de casos, la fiebre tifoidea que existe en la Isla de Cuba termina favorablemente, porque casi todos pertenecen á la forma benigna, llamada mucosa por los autores. Sin embargo, no sucede siempre así como lo demuestran las varias necroscopias que de la expresada afeccion hemos podido practicar.

La muerte ha sido producida no solo por la enfermedad en sí, sino tambien por las complicaciones que se han presentado. Entre estas, segun vemos en las "Conferencias clínicas" del Dr. Giralt, las mas comunes son las hemorragias, observadas por el Catedrático de Clínica-médica de la Habana en cinco casos de los cuales tres han terminado por la curacion las parótidas y la peritonitis.

Tiempo es ya de concluir, y en resúmen diremos que puesto que la anatomía patológica y la diagnosis demuestran en los casos que hemos citado y en otros observados por prácticos dignos de todo crédito, la existencia de la fiebre tifoida, creemos que no hay ninguna razon para sostener que no se padece la expresada afeccion en la Isla de Cuba.